

Angines aiguës

Définition

- Angine (latin) : serré, étrangler.
- Inflammations aiguës, douloureuses, généralement fébriles, d'origine infectieuse, intéressant les formations lymphoïdes de l'oropharynx et essentiellement les amygdales palatines

Étude épidémiologique / microbiologie

- Pathologie fréquente de l'enfant et de l'adulte, en particulier en période hivernale.
- On estime que dix millions de consultations par an sont motivées par des angines.
- Chez l'enfant, la répétition de ces infections rhinopharyngées rend compte de l'adaptation progressive du système immunitaire à l'environnement virologique et bactérien (maladie d'adaptation).
- Les causes sont souvent virales, parfois bactériennes, en particulier après 3 ans (angine streptococcique)
 - **Causes virales** : ce sont les plus fréquentes (> 50 %).
 - Adénovirus, virus influenzae et para-influenzae, myxovirus (EBV), CMV et VRS.
 - Extrêmement contagieuses, réalisant des épidémies saisonnières en hiver et au début du printemps
 - Il n'y a pas de traitement ni de prévention spécifiques.
 - **Causes bactériennes** : le germe le plus souvent rencontré est le Streptocoque β -hémolytique du groupe A (SBHA)
 - *Hæmophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, anaérobies beaucoup plus rarement, Staphylocoque doré, pneumocoque exceptionnellement.
 - Bacille de Löffler (diphthérie) → urgence thérapeutique absolue.
- Il est très difficile de différencier cliniquement l'origine virale ou bactérienne.

Diagnostic positif

- **Interrogatoire** : âge, terrain, contexte épidémiologique, mode de survenue.
- **Signes fonctionnels** : douleur pharyngée ++, dysphagie, odynophagie, fièvre d'intensité variable, symptômes digestifs surtout chez l'enfant. Exceptionnellement, des dyspnées chez les sujets ayant à la base des amygdales hypertrophiées
- **Examen physique** :
 - Aspect de la muqueuse oropharyngée et des amygdales palatines
 - Type de l'angine (érythémateuse ou érythémato-pultacée, ulcéreuse, vésiculeuse)
 - Caractère uni ou bilatéral, existence de fausses membranes
 - Examen des aires ganglionnaires
 - Examen somatique : signes en faveur d'une infection particulière (rash cutané, splénomégalie en faveur de mononucléose infectieuse)

NB : fièvre importante, adénopathie limitée et douloureuse plaideraient plus pour une origine bactérienne alors que la fièvre modérée, coryza, toux et adénopathies diffuses seraient en faveur d'une angine virale

- **Examens complémentaires** : aucun examen complémentaire n'est normalement nécessaire
 - **Test de diagnostic rapide** : spécificité 95%, sensibilité 80-90 %, c'est un test rapide, simple, fiable, et performant, réalisé lors de la consultation par écouvillonnage du pharynx pour modifier la prise en charge des angines en pratique courante.

➤ **Cas particuliers :**

- **NFS** : angine trainante, complications locorégionales, certains aspects spécifiques : fausses membranes, syndrome mononucléotique, angine ulcéro-nécrotique bilatérale (recherche de signes de leucose aiguë, agranulocytose)
- **Sérologie** : suspicion d'angine spécifique, épidémie
- **IDR à la tuberculine**
- **Prélèvement oropharyngé** (diagnostic direct, culture et antibiogramme) : angine trainante, antécédents de RAA ou GNA, complications loco-régionales, patients immunodéprimés, angine spécifique
- **Anticorps anti-streptocoques**
- **Bandelettes urinaires**

Diagnostic étiologique

Il existe quatre grandes formes cliniques d'angine.

- **Angines érythémato-pultacées et érythémateuses** : plus de 80 % des cas.
 - **Diagnostic positif** :
 - **Signes fonctionnels** : début brutal, douleur pharyngée vive, otalgie et odynophagie, contexte fébrile (fièvre à 39°C), asthénie et céphalées.
 - **Examen clinique** : le pharynx a un aspect globalement rouge, associé parfois à un enduit pultacé blanchâtre recouvrant les amygdales et les piliers amygdaliens et non adhérent à la muqueuse.
 - **Diagnostic étiologique** : il faut rechercher essentiellement les éléments en faveur d'une étiologie streptococcique : fièvre élevée, céphalées, absence de signes bronchiques ou rhinologiques associés, adénopathies sous-digastriques bilatérales, rash cutané et exanthème typique scarlatiniforme. Les tests biologiques et bactériologiques ne seront effectués que si l'on ne souhaite pas délivrer d'antibiotique, ou lorsque l'on veut avoir une certitude diagnostique, ou devant une complication (RAA) :
 - **NFS** : hyperleucocytose à polynucléaires
 - **Dosage des ASLO** : ou mieux des anti-streptodornases
 - **Isolement du germe au prélèvement de gorge avec antibiogramme**
 - **Recherche de protéinurie**
- **Angines pseudo-membraneuses** : le problème des angines pseudo-membraneuses est dominé par le souci d'éliminer sur les éléments d'interrogatoire et d'examen l'exceptionnelle étiologie diphtérique.
 - **Angine diphtérique** : diagnostic à évoquer systématiquement
 - **Examen clinique** : syndrome général marqué, fausses membranes épaisses s'étendant au-delà de l'amygdale et fortement adhérentes, hémorragiques et malodorantes, adénopathies cervicales bilatérales, rhinorrhée muco-purulente, dyspnée laryngée (croup), parfois asphyxie, paralysie vélopalatine, myocardite à un stade tardif.
 - Les autres éléments en faveur de la diphtérie sont : absence de vaccination, séjour en zone d'endémie.
 - En cas de suspicion, il faut effectuer un prélèvement de gorge avec recherche du bacille de Loeffler et débiter en urgence (sur la simple évocation du diagnostic) le traitement spécifique avant confirmation bactériologique.
 - **Mononucléose infectieuse (MNI)** : c'est l'étiologie la plus fréquente de ce type d'angine.
 - Elle affecte l'adolescent et l'adulte jeune avec une transmission par la salive essentiellement. L'aspect clinique des angines de la MNI est polymorphe et peut être également érythémato-pultacé ou ulcéré.
 - Le tableau clinique associe : angine pseudo-membraneuse à un syndrome général marqué, adénopathies cervicales, purpura du voile, splénomégalie, hépatomégalie, pneumopathie, signes neurologiques (méningo-encéphalite), anémie hémolytique auto-immune, éruption caractéristique lors de l'administration d'amoxicillines

- Elle est due au virus Epstein-Barr.
- Le diagnostic de certitude repose sur des examens paracliniques simples : numération-formule sanguine (syndrome mononucléosique), MNI-test
- **Angines vésiculeuses** : le diagnostic de suspicion virologique repose sur l'unilatéralité ou la bilatéralité de l'atteinte et sur les signes cliniques associés.
 - **Angines vésiculeuses unilatérales** : le pharynx présente (selon une topographie correspondant au nerf en cause) un aspect inflammatoire avec présence de vésicules de nombre et de taille variables souvent très algiques.
 - Les causes sont dominées par : zona pharyngien (IX), zona buccal (V).
 - **Angines vésiculeuses bilatérales** : les causes sont dominées par :
 - **Herpès** : en particulier lors de la primo-invasion par HSV 1, chez l'enfant ou l'adulte jeune, réalisant dans un contexte d'odynophagie fébrile un tableau d'angine vésiculeuse et de gingivo-stomatite.
 - ✓ **Traitement** : est symptomatique, l'aciclovir peut être utilisé dans les formes diffuses et très algiques.
 - **Herpangine** (Coxsackie groupe A) : touchant essentiellement le voile du palais
 - **Maladie mains-pieds-bouche** : où l'association à une éruption des paumes et des plantes est très typique.
- **Angines ulcéreuses** : problème essentiel est d'éliminer une pathologie tumorale.
 - **Angine de Vincent** : elle affecte surtout l'adulte jeune, un mauvais état buccodentaire est souvent associé.
 - Une association bactérienne fuso-spirillaire (*Fusobacterium necrophorum* + *Treponema vincenti* (spirochète)) est habituellement en cause.
 - **Examen clinique** : retrouve une angine unilatérale avec ulcération douloureuse, recouverte d'une fausse membrane non-adhérente à la muqueuse et sans induration, haleine fétide, signes généraux marqués
 - **Mononucléose infectieuse**
 - **Chancre syphilitique** :
 - Cliniquement, il s'agit d'une ulcération de la paroi pharyngée latérale, unilatérale, indurée avec adénopathie satellite.
 - Ce diagnostic doit être évoqué devant toute ulcération pharyngée et conduire aux examens complémentaires appropriés.
 - **Diagnostic** : repose sur les prélèvements locaux à la recherche de *Treponema pallidum* et le sérodiagnostic TPHA VDRL.
 - ✓ La recherche d'autres maladies sexuellement transmissibles est systématique après consentement du patient (VIH, hépatites, gonococcies...)
 - Toute ulcération amygdalienne persistante doit être biopsiée, en particulier chez les patients présentant des facteurs de risque alcool-tabagiques (cancer ?).
 - En cas d'atteinte bilatérale ou d'évolution défavorable sous traitement bien conduit, une NFS doit être systématiquement demandée, à la recherche d'une hémopathie maligne.

Complications

- **Loco-régionales suppuratives** : phlegmon péri-amygdalien, abcès rétro-pharyngé, abcès latéro-pharyngé.
- **Loco-régionales obstructives** : angine sur amygdale hypertrophiée, amygdalites chroniques.
- **Générales systémiques** : choc toxique, syndrome de Lemierre
- **Générales non-suppuratives** : RAA, GNA.

Diagnostic différentiel

Une angine peut être confondue, au stade de début, ou lors d'un examen superficiel avec :

- **Hypertrophie bénigne des amygdales palatines**
- **Cancer de l'amygdale** : l'absence de signes infectieux généraux, l'âge, l'unilatéralité, l'induration profonde et le saignement au toucher, les adénopathies de caractère malin conduisent à la biopsie. Il doit être évoqué systématiquement.
- **Zona pharyngien** : dû à l'atteinte du nerf glossopharyngien, il est rare et se caractérise par son éruption vésiculeuse strictement unilatérale, siégeant sur le voile, le tiers supérieur des piliers, le palais osseux, respectant l'amygdale.
- **Aphthose** : elle intéresse plutôt la muqueuse gingivo-buccale, mais peut se localiser sur le voile et les piliers : une à plusieurs ulcérations en coup d'ongle ou en pointe d'épingle, à fond jaunâtre, très douloureuses. Elles peuvent entrer dans le cadre d'un syndrome de Behçet.

Traitement

- **Buts** :
 - Prévenir la survenue de complications locorégionales et générales, notamment le RAA
 - Réduire le risque de suppuration locorégionale.
 - Lutte contre la dissémination du streptocoque
 - Accélérer la disparition des signes cliniques
- **Moyens** :
 - **Antibiotiques** : Pénicilline, Céphalosporines, Macrolide
 - **Traitement symptomatique** : antalgique, antipyrétique,
 - **Traitement chirurgical** : amygdalectomie, incision avec drainage.
- **Indications** : le traitement dépend de l'étiologie :
 - L'étiologie virale étant la plus fréquente, la prescription d'antibiotique ne doit pas être systématique : traitement symptomatique avec réévaluation à 48h
 - Si suspicion de SBHA on donne :

- **En première intention** : Amoxicilline par voie orale à la dose de 50 mg/kg par jour chez l'enfant et de 2 g/jour chez l'adulte en 2 prises par jour et pour une durée de 6 jours
- **En cas d'allergie aux Pénicillines sans allergie aux Céphalosporines** (situation la plus fréquente) : Céphalosporines de 2^e et 3^e génération par voie orale

Antibiotiques	Posologies (posologies quotidiennes établies pour un adulte/enfant à fonction rénale normale)	Durée de traitement
β-LACTAMINES		
Pénicilline : Amoxicilline	- Adulte : 2 g/j en 2 prises - Enfant > 30 mois : 50 mg/kg/j en 2 prises (sans dépasser la posologie adulte)	6 jours
C2G : Céfuroxime-axétil	- Adulte : 500 mg/j en 2 prises	4 jours
C3G : Céfotiam	- Adulte : 400 mg/j en 2 prises	5 jours
Cefpodoxime	- Adulte : 200 mg/j en 2 prises - Enfant : 8 mg/kg/j en 2 prises (sans dépasser la posologie adulte)	5 jours
MACROLIDES*		
Azithromycine	- Adulte : 500 mg/j en 1 prise unique journalière - Enfant : 20 mg/kg/j, en 1 prise, sans dépasser la posologie adulte	3 jours
Clarithromycine (standard)	- Adulte : 500 mg/j en 2 prises - Enfant : 15 mg/kg/j en 2 prises sans dépasser la posologie adulte	5 jours
Clarithromycine (LP)	- Adulte : 500 mg/j en 1 prise journalière	5 jours
Josamycine	- Adulte : 2 g/j en 2 prises - Enfant : 50 mg/kg/j en 2 prises (sans dépasser la posologie adulte)	5 jours

* Après prélèvement de gorge pour culture bactériologique et antibiogramme si le taux de résistance du SGA aux macrolides est > à 10%.

- **En cas de contre-indication à l'ensemble des β-lactamines** (Pénicillines et Céphalosporines) : Macrolides (ayant une durée de traitement raccourcie) : Azithromycine, Clarithromycine ou Josamycine.

- Dans tous les cas : traitement symptomatique visant à améliorer le confort, notamment antalgiques et antipyrétiques sont utiles,

Attention ! AINS et corticoïdes sans couverture antibiotique.

- La persistance des symptômes après 2 à 3 jours doit conduire à faire réexaminer le patient